# ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

## Ф.И.О. x

## Пол: женский

## Возраст: 48 лет

## Место жительства:

## Профессия: буфетчица

## Место работы: Муниципальное предприятие, фабрика "Родник"

## Дата госпитализации: 8 апреля 1996 года, 14:00

# STATUS PRAESЕNS SUBJECTIVUS

## Жалобы: на опухолевидное образование на животе (грыжу); на тянущую, умеренную боль в его области, возникающую при смене метеорологических условий; на периодические запоры.

# ANAMNESIS MORBI

## Считает себя больной с 1988 года, когда впервые заметила небольшое (около 3 см в диаметре) опухолевидное образование на животе (по белой линии живота в пупочной области). В последующие 8 лет образование увеличивалось, присоединились периодические тянущие, умеренные, метеозависимые боли в области грыжи и периодически-возникающие запоры. В связи с этим больная обратилась в поликлинику к хирургу. После его обследования она была направлена в плановом порядке в больницу им. Петра Великого с предварительным диагнозом: "Гигантская грыжа белой линии живота". За время пребывания в клиники больная была обследована по всем органам и системам, что позволило подтвердить диагноз и подготовить больную к операции-производилось тугое бинтование живота и психологическая подготовка.

# ANAMNESIS VITAE

## Родилась в 1947 году на станции Маргелан (Узбекская ССР, Ферганская область) в семье рабочих 3-м ребенком. Физически и интеллектуально развивалась нормально, от сверстников не отставала. С 7-ми лет пошла в школу. Училась хорошо. По окончании школы окончила курсы бухгалтеров. Материально обеспечена, проживает в трехкомнатной квартире с семьей из 4-х человек. Питание регулярное-3 раза в день, полноценное, разнообразное.

# СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

## Замужем, имеет 2-х взрослых сыновей.

# НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

## Два сына и ближайшие родственники здоровы. Причина смерти отца-рак печени, матери-инфаркт миокарда.

# ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ

## После окончания курсов бухгалтеров больная в 1977 году переехала в Ленинград и начала работать буфетчицей на фабрике "Род-ник", на этом месте работает и по сей день. Работа связана с определенными профессиональными вредностями: тяжелая физическая работа (в основном поднятие тяжестей), резкие перемены температур, повышенная влажность. Режим труда и отдыха не нарушала.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Инфекционный гепатит, венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечился, инъекции производились, за пре- делы города не выезжала и контакта с инфекционными больными не имела.

# ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Тяжелым психоэмоциональным переживаниям не подвергалась.

# ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Первые месячные начались с 17 лет; установились сразу. Характер менструального цикла: 28 по 5 дней- безболезненные обильные. Перенесенные заболевания половой сферы отрицает. Беременностей 9, родов 2, абортов 7.

# ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

## Перенесла все детские инфекции.

# ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

## Не курит, алкоголь и наркотики не употребляет.

# ГЕМОТРАНСФУЗИОННЫЙ АНАМНЕЗ

## Группа крови: А(⎪⎪); Rh(+)-положительный. Гемотрансфузии раньше не производились.

# АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечает.

# СТРАХОВОЙ АНАМНЕЗ

## Последний больничный лист с 8 апреля 1996 года.

# STATUS PRAESENS OBJECTIVUS

# ОБЩИЙ ОСМОТР

## Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Гиперстенического типа телосложения, повышенного питания. Внешний вид соответствует возрасту. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен. Дермагрофизм белый нестойкий. Подкожно-жировая клетчатка выражена хорошо, толщина складки на уровне пупка 8 см. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые.

## Слизистая глаз розовая, влажная, чистая. Склеры не изменены. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десна не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

## Пальпируются подчелюстные и подбородочные лимфоузлы овальной формы, размерами 1 на 0,5 см, эластической консистенции, с подлежащими тканями не спаяны, безболезненные.

## Осанка правильная, походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен. Рост 170 см, вес 102 кг.

## Щитовидная железа нормальных размеров, эластической консистенции, безболезненная. Симптомы Грефе, Мебиуса, Дерьлимпля, Штельвага отрицательны.

## Молочные железы расположены на одном уровне, обычных размеров, контур их ровный, мягкие, эластической консистенции, безболезненные. Соски и ареолярные области не изменены.

# СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Верхушечный толчок визуально не определяется.

# Пальпация

## Пульс симметричный, частотой 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Определяется пульсация височной, сонной, подключичной, подмышечной, плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, подколенной артерий; стенка их эластическая.

## Верхушечный толчок пальпируется на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, площадью 1,5 на 2 см, умеренной силы, резистентный.

# Перкуссия

## Границы относительной сердечной тупости: Правая-в 4-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины Верхняя-на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistrae Левая-в 5-м межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии

## Границы абсолютной сердечной тупости: Правая-по левому краю грудины Верхняя-на уровне 4-го ребра Левая-на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости

## Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях.

# Аускультация

## Тоны сердца ритмичные, приглушенные, звучные. Акцент 2-го тона над аортой.

## Артериальное давление 140/80 мм рт. ст.

# ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания- грудной. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Форма грудной клетки правильная, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются.

# Пальпация

## Грудная клетка регидная, безболезненная. Голосовое дрожание симметричное, не изменено.

# Перкуссия

## Топографическая перкуссия.

## Нижние границы правого легкого: по l. parasternalis- верхний край 6-го ребра по l. medioclavicularis- нижний край 6-го ребра по l. axillaris anterior- 7 ребро по l. axillaris media- 8 ребро по l. axillaris posterior- 9 ребро по l. scapuiaris- 10 ребро по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Нижние границы левого легкого: по l. parasternalis- ------- по l. medioclavicularis- ------- по l. axillaris anterior- 7 ребро по l. axillaris media- 9 ребро по l. axillaris posterior- 9 ребро по l. scapuiaris- 10 ребро по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Верхние границы легких: Спереди на 3 см выше ключицы. Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

## Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии: на вдохе 4 см на выдохе 4 см

## Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии: на вдохе 4 см на выдохе 4 см

## Сравнительная перкуссия:

## Над симметричными участками легочной ткани определяется ясный легочный звук.

# Аускультация

## Над всеми аускультативными точками выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет.

# ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Десна не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

## Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, пупок втянут. В надпупочной области по белой линии живота наблюдается опухолевидное выпячивание, где-то 20 см в диаметре, с бугристой поверхностью.

# Пальпация

## Поверхностная: Живот мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

## Глубокая: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

## Нижний край печени острый, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из под края реберной дуги, поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус- отрицательные. Поджелудочная железа не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Диастаз прямых мышц живота 2-й степени.

# Перкуссия

## Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 10 см, по передней срединной линии 8 см, по левой реберной дуге 7 см. Верхняя граница селезенки по левой среднеоксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.

# Прямая кишка

## Кожа вокруг анального отверстия не изменена. Отмечается небольшая болезненность при прохождении пальца; тонус сфинктора сохранен. Стенки кишки нависают умеренно, безболезненны.

# МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

## В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом покалачивания по поясничной области отрицательный.

# ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

## Наружные половые органы без особенностей. Отмечается опущение стенок влагалища 1-ой степени.

## "В зеркалах": Шейка матки цилиндрической формы с продольной щелью.

## P.V. Тело матки несколько смещено влево в пределах возрастной нормы, подвижное, безболезненное при исследовании. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные. Выделений нет.

# НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

## Сознание ясное, речь не изменена. Чувствительность не нарушена. Походка без особенностей. Глоточный, брюшной и сухожильно-периостальные рефлексы сохранены. Оболочечные симптомы отрицательные. Глазное яблоко, состояние зрачков и зрачковые рефлексы в норме.

# ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС

## По белой линии живота в надпупочной области наблюдается полушаровидное выпячивание (грыжа), 20 см в диаметре в положении лежа. В положении стоя и при повышении внутрибрюшного давления (кашель, чихание, натуживание) происходит увеличение грыжевого выпячивания до 25-30 см в диаметре. Диастаз прямых мышц живота 2-й степени. При пальпации определяется бугристое образование упруго-эластической консистенции. Вправление содержимого грыжевого мешка представляется возможным, при этом слышится урчание. Симптом кашлевого толчка положительный. Размер грыжевых ворот приблизительно 15 см, форма наружного отверстия овальная, стенки эластичные. При перкуссии грыжевого выпячивания выслушивается тимпанический звук.

# ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

## Учитывая жалобы больной на опухолевидное образование на животе, на тянущие умеренные боли в его области, возникающие при смене метеоусловий, на периодические запоры; анамнез заболевания: то, что образование умеренно увеличивалось в течении 8 лет, практически субъективно себя не проявляя; из анамнеза жизни профессиональные вредности (тяжелый физический труд, резкие смены температур, повышенная влажность) и гинекологический анамнез-двое родов и многочисленные аборты; а также данные как общего объективного исследования: выявление у больной повышенного развития подкожно-жировой клетчатки, большой массы тела при малом росте, то есть ожирения 2-3 степени, так и локального статуса: выявление по белой линии живота в надпупочной области полушаровидного выпячивания, 20 см в диаметре в горизонтальном положении, увеличивающегося до 25-30 см в диаметре при повышении внутрибрюшного давления и в положении стоя, диастаза прямых мышц живота 2-й степени, положительного симптома кашлевого толчка и определение при пальпации овальной формы, 15 см в диаметре грыжевых ворот с эластичными краями, мы можем говорить о гигантской грыже белой линии живота. А определение при пальпации грыжевого выпячивания бугристого образования упруго-эластической консистенции, урчания при попытке вправления (а она представляется возможной) грыжевого содержимого и выявление при перкуссии тимпанического звука над грыжей, позволяет предположить, что грыжевым содержимым являются петли тонкой кишки и часть поперечно-ободочной кишки.

## Предварительный диагноз: Гигантская надпупочная грыжа белой линии живота.

# ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ

## Лабораторные исследования:

1. Клинический анализ крови. Назначаем для выявления признаков острого воспаления (лейкоцитоз) или выявления признаков хронического воспаления (повышение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево), так как может быть воспаление как самого грыжевого мешка и его содержимого, так и могут присутствовать очаги хронической инфекции, которые опасны в послеоперационном периоде (нагноение раны, развитие пневмонии). Также нас интересует нет ли заболеваний крови-это также может ухудшить прогноз лечения.
2. Биохимический анализ крови. В нем нас интересуют показатели количества общего белка, белковых фракций, показатели белковых осадочных проб, активности аминотрансфераз, количества сахара, электролитов, для выявления сопутствующих заболеваний и предупреждения осложнений при общем обезболивании и в послеоперационном периоде.
3. Анализ мочи. Назначаем для выявления сопутствующих заболеваний мочевыделительной системы.

## Инструментальные исследования:

1. ЭКГ. Назначаем с целью выявления патологии в работе сердца, так как больной предстоит большая нагрузка на сердечно-сосудистую систему Вопрос время операции.
2. УЗИ органов брюшной полости. Информативно - дает данные о состоянии печени, портальной вены, селезенки и других органов брюшной полости.
3. Фиброэзофагогастродуоденоскопия. При этом исследовании мы можем выявить изменения характерные для заболеваний органов пищеварения, так как грыжам белой линии живота могут сопутствовать язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит, хронический панкреатит и другие.
4. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта-для определения содержимого грыжевого мешка.

# РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

## Результаты лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови.  
   Эритроциты- 3,9х10^12/л  
   Hb- 140 г/л  
   Цвет. показатель- 0,98  
   Лейкоциты- 4,5х10^9/л  
    палочкоядерные- 0%  
    сегментоядерные- 53,3%  
    Лимфоцитов- 43%  
    Моноцитов- 2%  
   CОЭ- 9 мм/ч
2. Биохимический анализ крови.  
   Общ. белок 81 г/л  
   Тимоловая проба 10 ВСЕ  
   АСТ 0,39 ммоль/л  
   АЛТ 0,92 ммоль/л  
   α амилаза 27 г/л/ч   
   Билирубин общ. 13 мкмоль/л  
   Сахар 17,7 ммоль/л (после еды!)  
   Мочевина 6,3 ммоль/л  
   К+ 4,8 ммоль/л  
   Са++ 2,45 ммоль/л  
   Хлориды 95 ммоль/л
3. Анализ мочи.  
   Цвет светло-желтый Белок 0 г/л  
   Прозрачная Сахар 0  
   Реакция кислая Уробилин (-)  
   Уд. вес 1,015 Желч. пигменты (-)  
   Лейкоциты 0-2 в поле зрения  
   Эритроциты свеж. 0-1 в поле зрения  
   Эпителий плоский 1-4 в поле зрения

## Результаты инструментальных исследований:

1. ЭКГ. Заключение: Ритм синусовый. Местная   
   RR- 1,0' внутрижелудочковая блокада. Начальная   
   RQ- 0,18” гипертрофия левого желудочка с умеренным   
   QRS- 0,08” нарушением питания миокарда в боковых   
   QT- 0,43” отделах на фоне электролитного дисбаласа.  
   Частота 60 в мин.
2. УЗИ органов брюшной полости.  
   Печень: Контур ровный. Эхоструктура однородная.  
   Воротная вена: 11 мм. Холедох 6 мм.  
   Желчный пузырь: форма N, размеры N. Стенки не изменены, полость аэхогенна.  
   Поджелудочная железа: Контур ровный. Эхогенность повышена, эхоструктура однородная.  
   Селезенка: 112х53 мм, структура однородная. Селезеночная вена 11 мм.  
   Правая почка: Контур ровный, 95х45 мм, опущена на 70-80 мм, лоханочная система не расширена, деформирована.  
   Левая почка: Контур ровный, 112х48 мм, лоханочная система без изменений.  
   Заключение: Картина диффузного уплотнения поджелудочной железы. Нефроптоз и деформация чашечно-лоханочной системы правой почки.
3. Фиброэзофагогастродуоденоскопия.  
   При осмотре пищевода отмечается неполное смыкание кардиального жома. Слизистая пищевода обычного цвета. В желудке небольшое количество зеленоватой жидкости, складки мягкие, воздухом расправляются. Слизистая обычного цвета с участками гиперемии. Перистальтика активная. Луковица двенадцатиперстной кишки правильной формы. Слизистая ее не изменена.  
   Заключение: Недостаточность кардии. Гастрит.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

## Дифференциальная диагностика грыж белой линии живота, особенно гигантских, не так уж сложна. Наличие грыжевого выпячивания. пальпация грыжевых ворот, вправимости грыжевого содержимого, определение положительного симптома кашлевого толчка часто дают исчерпывающие данные, говорящие в пользу грыжи. Но есть заболевания, которые дают похожую симптоматику. Так дифференциальный диагноз нужно проводить с доброкачественными новообразованиями брюшной стенки (в основном это липомы, фибролипомы, нейрофибромы). Доброкачественные новообразования характеризуются локальным разрастанием ткани, нерегулируемой гиперплазией, нарушением дифференцировки и атипизмом. Клетки их обычно высоко дифференцированные, они растут экзофитно, раздвигая ткани, не прорастая их, не дают метастазов. Общее между доброкачественными опухолями и грыжами то, что их увеличение идет очень медленно, умеренно выражен болевой синдром, и при объективном исследовании выявляется выпячивание в области живота. Главное же в их дифференцировки- исследование локального статуса. Так при грыжах выявляются характерные ее симптомы: увеличение выпячивания в положение стоя и при повышении внутрибрюшного давления, определение при пальпации выпячивания в основном образований эластической консистенции; особую важность имеет вправимость содержимого грыжевого мешка, положительный симптом кашлевого толчка, и конечно же один из наиболее характерных признаков-пальпация грыжевых ворот. Все эти симптомы определяются у больной. Выявление урчания при пальпации выпячивания и тимпанического оттенка при перкуссии, указывают, что содержимым его являются петли кишек. А для липом, фибролипом, нейрофибром характерно постоянство размеров в любом положении тела, плотность образования, определяемая при пальпации, смещаемость образования (свободно приподнимаются в кожной складке), невозможность его вправления, отрицательный симптом кашлевого толчка, отсутствие грыжевых ворот, а так же отсутствие урчания и тимпанического звука при перкуссии. Из наименее значимых признаков следует отметить наличие диастаза прямых мышц живота (у больной он 2-й степени) и периодические запоры, которые более характерны для грыж живота. Особенностью нейрофибром является их множественность. В принципе на основании объективного исследования больной можно полностью провести дифференцировку и поставить окончательный клинический диагноз. Но так как грыжа у больной очень большая, то для подтверждения диагноза можно было бы провести рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, КТ или ЯМР, что дало бы окончательный ответ (рентгенография-покажет содержимое грыжевого мешка, КТ или ЯМР-новообразование брюшной стенки).

## Но иногда плотные бугристые выпячивания при эпигастральных грыжах, могут быть ошибочно приняты за метастатические опухоли сальника. Метастаз-это злокачественное новообразование, возникающее при распространении в организме опухолевых клеток из пораженного органа лимфогенным или гематогенным путем. Злокачественное новообразование характеризуется неконтролируемой гиперплазией, нарушением дифференцировки и атипизмом клеток. При этих опухолях клетки чаще низкодифференцированы, они растут эндофитно, прорастая ткани, дают метастазы и могут изьязвляться. Из клинических симптомов для них характерно-развитие опухоли в старшем возрасте (50-60 лет), раннее возникновение болей, ухудшение общего самочувствия, похудание (для грыж перечисленные симптомы не характерны и их нет у больной); Определение при объективном исследовании патогмоничной бугристости и плотности образования, его несмещаемости и невправимости, часто наличие болезненности; отсутствие симптома кашлевого толчка, грыжевых ворот; определение тупого звука при перкуссии (опять же этих признаков нет у больной). Характерным для опухолевого процесса является выявление при лабораторно-инструментальных исследованиях изменений крови-лейкопении, анемии, повышенной СОЭ (у больной эти изменения отсутствуют), и основного пораженного органа. У больной же выявлен гастрит и недостаточность кардии (при эндоскопическом исследовании)- заболевания, которые часто являются сопутствующими для грыж белой линии живота.

## Таким образом мы можем исключить у больной как доброкачественные новообразования брюшной стенки, так и злокачественные метастатические поражения брюшины. В очень редких случаях проводится дифференциальный диагноз с кистами, но они в какой-то мере являются доброкачественными новообразованиями и характеризуются теми же признаками.

# ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

## На основании жалоб больной на опухолевидное образование на животе, на тянущие, умеренные, метеозависимые боли в его области, на периодические запоры; анамнеза заболевания-медленное увеличение образования в течение 8 лет, практически без каких-либо субъективных ощущений; анамнеза жизни- в частности профессионального анамнеза (больная в течении 19 лет подвергалась профессиональным вредностям: тяжелый физический труд, резкие смены температур и повышенная влажность) и гинекологического анамнеза: 2 родов и 7 абортов; данных как общего объективного исследования: выявление ожирения 2-3 степени, так и локального статуса: выявление по белой линии живота в надпупочной области полушаровидного выпячивания, 20 см в диаметре в горизонтальном положении, увеличивающегося до 25-30 см в диаметре при повышении внутрибрюшного давления и в положении стоя, диастаза прямых мышц живота 2-й степени, положительного симптома кашлевого толчка и определение при пальпации овальной формы, 15 см в диаметре грыжевых ворот с эластичными краями, определение грыжевого содержимого-петель тонкой кишки и части поперечно-ободочной кишки; данных лабораторно-инструментальных методов исследования- выявление при фиброэзофагогастродуоденоскопии гастрита и недостаточности кардии- заболеваний часто сопутствующих грыжам белой линии живота; и проведенного дифференциального диагноза мы можем уже с точностью говорить о гигантской надпупочной грыже белой линии живота.

## Клинический диагноз: Гигантская надпупочная грыжа белой линии живота.

# ИЗЛОЖЕНИЕ ДАННЫХ О СУЩНОСТИ

# ЗАБОЛЕВАНИЯ

## Грыжи живота делят на наружные и внутренние. наружной грыжей живота называют хирургическое заболевание, при котором через различные отверстия в мышечно-апоневротическом слое передней или задней брюшной стенки и тазового дна происходит выпячивание внутренностей вместе с пристеночным листком брюшины при целости кожных покровов. Эти отверстия (“слабые места”) могут являться естественными анатомическими образованиями, например пупочное кольцо, щели в белой линии живота, паховый канал, бедренное кольцо, треугольник Пети, промежуток Грюнфельда-Лесгафта, либо возникают вследствие травмы, операций, заболеваний.

## В грыже различают грыжевые ворота, грыжевой мешок и грыжевое содержимое (рис. 1)

## Рис. 1. Составные части грыжи. 1-грыжевые ворота; 2-грыжевой мешок; 3-грыжевое содержимое.

## Грыжевые ворота-отверстия в мышечно-апоневротическом слое , через которые под влиянием различных причин происходит выпячивание париетальной брюшины и внутренностей живота. Грыжевой мешок-часть париетальной брюшины, вышедшая через грыжевые ворота. Различают шейку, тело и верхушку грыжевого мешка. Грыжевым содержимым обычно являются подвижные органы брюшной полости: сальник, петли тонкой кишки, сигмовидная, поперечно-ободочная и слепая кишки, червеобразный отросток, меккелев дивертикул, придатки матки, матка.

## Важнейшим этиологическим моментом возникновения грыж является нарушение динамического равновесия между внутрибрюшным давлением и способностью стенок живота ему противодействовать. Механизм образования грыжи сложен и многообразен. Помимо местных предрасполагающих факторов, в основе которых лежат изменение топографического расположения или физико-механических свойств тканей той области, где возникла грыжа, существуют общие факторы, способствующие появлению грыж любой типичной локализации. Общие факторы образования грыж принято делить на две принципиально различные группы: предрасполагающие и производящие. К предрасполагающим факторам относят особенности конституции человека, сложившиеся на основе наследственных или приобретенных свойств. Это прежде всего наследственная предрасположенность к образованию грыж, а также типовые, половые и возрастные различия в строении тела. К конституциональным факторам следует отнести изменения в брюшной стенки, связанные с беременностью, неблагоприятными условиями труда и быта, а также различные патологические состояния, например ожирение или истощение. Производящими являются факторы, способствующие повышению внутрибрюшного давления или его резким колебаниям, например тяжелый физический труд, частый плач и крик в младенческом возрасте, трудные роды, кашель при хронических заболеваний легких, продолжительные запоры.

## **Классификация:** Согласно анатомической классификации, различают паховую, бедренную, пупочную грыжи, а также грыжу белой линии живота. Гораздо реже встречаются грыжи спигелевой линии и мечевидного отростка, поясничные, седалищные, промежностные и диафрагмальные. По этиологии все грыжи в зависимости от их происхождения разделены на две группы: врожденные и приобретенные. Большую группу составляют так называемые послеоперационные грыжи. Клиническая классификация включает в себя свободные или вправимые грыжи, невправимые, ущемленные и скользящие грыжи.

## **Грыжи белой линии живота.**

## Апоневротический участок передней брюшной стенки живота от мечевидного отростка до лонного сочленения, ограниченный внутренними краями прямых мышц живота, называется белой линией. Эта линия образуется перекрещивающимися сухожильными пучками шести широких мышц живота (трех с левой и трех с правой) и по своему расположению соответствует срединной линии тела.

## Рис.2. а)белая линия живота; б)апоневротические щели белой линии- места выхода предбрюшинных липом и грыж: 1-пупок; 2-апоневротическая щель; 3-предбрюшинная липома.

## Ширина белой линии выше пупка составляет 1-2 см, на уровне пупка от 2,4 до 3 см. В верхнем участке белой линии наблюдаются узкие продолговатые щели, служащие воротами для выхода предбрюшинных жировиков. Над лобковым сочленением белая линия несколько расширяется, образуя особую связку - опору белой линии, имеющую форму небольшого треугольника (Рис.2а).

## По А.А.Дешину белая линия бывает двух типов: 1) волокна, образующие белую линию со стороны брюшной полости тесно прилегают друг к другу и задняя поверхность белой линии представляется ровной и гладкой; 2) волокна не прилегают плотно и на отдельных участках образуются различной величины промежутки, благодаря чему задняя поверхность белой линии имеет углубления, которые, постепенно увеличиваясь превращаются в карманы, проникающие в толщу белой линии. Расширяясь, эти карманы превращаются в сквозные щели, через которые может выходить предбрюшинная липома или же дивертикул брюшины (Рис.2б); последний, увеличиваясь, расширяет воронкообразное выпячивание брюшины, способствуя этим формированию в дальнейшем грыжевого мешка (Рис.3)

## Рис.3. Схема развития грыж белой линии: а) предбрюшинная липома; б) начинающиеся выпячивание брюшины; в)сформированный грыжевой мешок.

## По локализации грыжи белой линии различаются на грыжи надчревные, около пупочные, и подчревные. Первый вид грыж распространен (81,5%), второй наблюдается в 15,1%, а третий в 0,3% случаев. Множественные грыжи белой линии встречаются в 3,1%. Грыжевые отверстия белой линии обычно имеют округлую или овальную форму, располагаясь в поперечном направлении. Содержимым грыжевых мешков, располагающихся по белой линии, являются не только сальник, но и петли тонких кишек, реже толстые кишки, желчный пузырь, передняя стенка желудка.

## Основными симптомами заболевания являются боль в области грыжи и в животе, наличие выпячивания в одной из грыжевых зон. Развитие грыжи происходит, как правило, медленно. Выпячивание постепенно увеличивается, приобретает округлую или овальную форму. Затем могут присоединяться боли. Из диагностических мероприятий наиболее важным является исследование местного статуса, включающего осмотр, пальпацию, перкуссию и специальные приемы. Больного осматривают в положении стоя и в горизонтальном положении. К специальным методам исследования относят определение грыжевых ворот и симптома кашлевого толчка. При больших грыжах для определения содержимого грыжевого мешка проводят рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта.

## Наиболее часто встречающимися осложнениями являются ущемление, рецидив, травмы, реже туберкулез грыжевого мешка и его содержимого, опухоли грыжевого мешка и его содержимого, и редко инородные тела в грыжевых мешках. При гигантских вентральных грыжах при неправильно проведенной предоперационной подготовке возможно развитие дыхательной недостаточности и пневмонии. Ущемление грыжи требует немедленного хирургического лечения, так как органы, вышедшие в грыжевой мешок, подвергаются сдавлению в области его шейки. При этом развиваются расстройства крово- и лимфообращения и существует реальная угроза омертвения ущемленных органов. Рецидив грыжи - это возникновение грыжи в другом слабом близлежащем месте или развитие послеоперационных грыж. Туберкулез и опухоли грыжевого мешка и его содержимого - специфические заболевания, требующие особой дифференцировки и лечения. Неспецифическими осложнениями являются нагноения послеоперационной раны.

# СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

## Организация лечения грыж включает профилактическую работу, санитарное просвещение населения, диспансеризацию больных, повышение качества оперативного лечения и квалификации хирургов в вопросах герниологии.

## Устранить грыжу можно только оперативным путем. Применение бандажа является паллиативным мероприятием. Оно показано только в тех случаях, когда по той или иной причине операция не может быть произведена, например в старческом возрасте, при неподдающихся коррекции сопутствующих заболеваниях, у онкологических больных, при беременности. Допускается временное ношение плотного бандажа в период предоперационной подготовки при больших и очень больших вентральных грыжах. При невправимых грыжах бандаж противопоказан. Основным принципом оперативного лечения грыж живота является индивидуальный, дифференцированный подход к выбору методов грыжесечения. При решении этой задачи необходимо учитывать форму грыжи, ее патогенез, состояние тканей брюшной стенки и величину грыжевого дефекта.

## Выбор метода лечения при грыжах белой линии живота зависит от величины грыжи, степени диастаза прямых мышц живота, выраженности клинических симптомов, наличия осложнений, общего состояния больного и его возраста. Показания - наличие грыжи. Бессимптомно протекающие "предбрюшинные липомы" можно не оперировать. Если имеются местные или общие симптомы, то после всестороннего обследования больных необходимо произвести операцию. Выбор объема вмешательства зависит от величины грыжи, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний брюшной полости. Противопоказания - старческий возраст, сопутствующие тяжелые соматические заболевания, онкологические заболевания других органов, беременность.

## **Техника операции:**

## Производят срединный разрез длинной 5 см и более, если имеются множественные грыжи. После тщательной отсепаровки апоневроза белой линии удается обнаружить грыжевое выпячивание. Кверху и книзу от него апоневроз рассекают на 1-2 см. Верхушку выпячивания, обычно представляющую собой жировую массу, захватывают двумя зажимами и с помощью тупфера отсепаровывают от предбрюшинной клетчатки, с которой она остается связанной лишь узкой ножкой или шейкой. Грыжевое выпячивание рассекают до основания. При этом нередко грыжевой мешок обнаружить не удается. Тогда ножку перевязывают и пересекают. В других случаях удается обнаружить грыжевой мешок, который прошивают у основания, перевязывают и отсекают. На дефект в апоневрозе накладывают в продольном направлении узловые швы. Хороший клинический результат отмечается при использовании способов апоневротической пластики по Напалкову и Мартынову.

## Способ Напалкова. После удаления грыжевого мешка края апоневрозу сшивают край в край. Затем у медиального края влагалища прямых мышц делают два параллельных разреза переднего листка влагалища длина разреза зависит от длины участка средней линии, подлежащего пластической реконструкции. Внутренние края разрезов переднего листка апоневротического влагалища сшивают (Рис.4). При завязывании швов первый ряд их погружают. Затем точно также накладывают швы на наружные края разрезов влагалища. Рис.4. Способ Напалкова. 1-первый ряд швов; 2-второй ряд; 3-третий ряд.

## Способ Мартынова. Ликвидацию диастаза производят следующим образом. По медиальному краю одной из прямых мышц живота рассекают переднюю стенку влагалища на всем протяжении диастаза. Затем медиальные края влагалищ прямых мышц сшивают в плотную без прошивания самих мышц. Линию швов укрепляют выкроенным в начале листком апоневроза передней стенки влагалища (Рис.5). Рис.5. Способ Мартынова при грыжах белой линии живота и диастазе прямых мышц.

## Грыжи средних и больших размеров оперируют по Сапежко или Мейо. Способ Мейо. Обезболивания общее. Грыжу окружают двумя поперечными сходящимися дугообразными разрезами, захватывающими всю излишнюю свисающую жировую складку. У основания грыжевого мешка апоневроз отпрепаровывают от подкожной клетчатки на расстоянии 5-6 см окружности. Осуществляют тщательный гемостаз. Вскрывают грыжевой мешок, разделяют сращения, припаянный сальник резецируют и внутренности вправляют в брюшную полость. Мешок иссекают, края его несколько отпрепаровывают и зашивают в поперечном направлении. Грыжевое отверстие расширяют двумя поперечными разрезами белой линии живота и апоневроза прямых мышц до появления их внутреннего края. Затем накладывают П-образные швы с таким расчетом, чтобы нижний лоскут ложился под верхним. Вторым рядом узловых швов верхний лоскут пришивают к нижнему в виде дупликатуры (Рис.6).Затем накладывают швы на клетчатку и кожу. Рис.6. Способ Мейо. Дуплекатура апоневроза. Способ Сапежко. Производят два продольных дугообразных окаймляющих грыжу разреза с целью иссечь дряблую измененную кожу. Выделения, обработку и удаление грыжевого мешка производят, как и при предыдущем способе. Грыжевые ворота рассекают вверх и вниз до мест где белая линия живота суживается и выглядит мало измененной. Рубцово-измененные края грыжевых ворот экономно иссекают. Брюшину осторожно отслаивают на 2-4 см от задней поверхности влагалища одной из прямых мышц. Осуществляют тщательный гемостаз, после чего брюшину сшивают непрерывным кетгутовым швом край в край. Затем накладывают отдельные швы, прочно захватывая край апоневроза с одной стороны и задне-медиальною часть влагалища прямой мышцы, где отпрепарована брюшина,-с другой, чтобы создать дупликатуру в продольном направлении шириной 2-4 см (Рис.7). Рис.7. Способ Сапежко.

## **Предоперационный период:** Продолжительность и интенсивность предоперационной подготовки зависят от формы, величины и размера грыжи, наличия или отсутствия ее осложнений и сопутствующих заболеваний, возраста больного и планируемого обезболивания. Вечером накануне операции ставят очистительную клизму, а утром сбривают волосы на поверхности живота и лона. Когда плановую операцию необходимо проводить под общим обезболиванием, нужно оценить функциональные показатели сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Для этого производят ЭКГ, спирографию, биохимическое исследование крови, коагулограмму. Особую важность приобретает предоперационная подготовка у больных с обширными и гигантскими грыжами. В этих случаях при плановых операциях следует проводить длительную, в течении 2-3 недель, а иногда и 1-2 месяцев, адаптацию больного к перемещению значительного объема кишечника из полости грыжевого мешка в брюшную полость. Это достигается применением плотного бандажа в сочетании с разгрузочной диетой.

## **Послеоперационный период:** При неосложненных формах грыж помимо введения обезболивающих средств и ухода за раной, какого-либо другого лечения обычно не проводят. У больных с гигантским вентральными грыжами следует предусмотреть возможность развития легочно-сердечной недостаточности и пневмонии в связи с этим сразу после операции больному необходимо придать возвышенное положение в постели, ввести обезболивающие средства, обеспечить дыхание кислородом. Позже необходимо заставлять его проводить дыхательную гимнастику, поворачиваться в постели и через 14-16 часов сидеть. Рекомендуется массаж грудной клетки. Общим мероприятием для всех больных является профилактика гнойных осложнений послеоперационной раны. В послеоперационном периоде необходимо применять: 1.ежедневные перевязки и пункции с целью удаления серозно-геморрагического отделяемого из подкожной клетчатки, плотное бандажирование живота; 2.парентеральное применение антибиотиков; 3.пероральное введение сульфаниламидов, салицилатов, витаминов; 4.применение физиотерапевтических процедур (УФО, СМТ, УВЧ-терапия и индуктотермия).

# ПРОГНОЗ

## Прогноз для жизни благоприятный. Необходимо избегать тяжелого физического труда в среднем в течении 3-4 месяцев. Пребывание на больничном листе составит 4-6 недель, затем больную надо перевести на легкую работу в течении 1 года. После этого трудоспособность восстанавливается.

# ПРОФИЛАКТИКА

## Профилактика грыж должна быть направлена на устранение общих предрасполагающих факторов и производящих причин. Это достигается пропагандой физкультуры и спорта, санитарно-просветительской работой, диспансеризацией, своевременным оперативным лечением, повышением качества оперативного лечения и квалификации хирургов в области герниологии. Все это неспецифическая профилактика. Специфической профилактикой для больной будет являться длительное ношение плотного бандажа, придерживание диеты, витаминотерапия и профилактика гнойных осложнений.

# ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ КУРИРУЕМОГО БОЛЬНОГО И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

## Диета. Так как у больной ожирение 2-3 степени, то лучше назначить стол №9.

## У больной гигантская надпупочная грыжа белой линии живота, поэтому для профилактики послеоперационной легочно-сердечной недостаточности и пневмонии (возникают из-за перемещения значительного объема кишечника из полости грыжевого мешка в брюшную полость) ей назначается длительное ношение плотного бандажа. Для подготовки кишечника к операции больной назначается микстура Кватора по 15,0 3 раза в день энтерально.

## Выбор обезболивания. Так как больная тучная и у нее гигантская грыжа необходимо учитывать особые факторы: большую площадь операционного поля, наличие рубцов в тканях, атипичность расположения тканевых структур, значительную ригидность далеко отстоящих друг от друга краев раны при их сшивании, и при этом методом выбора является интубационный наркоз с применением мышечных релаксантов или с нейролептаналгезией. Заключение анестезиолога: планируется эндотрахеальный наркоз; введу телосложения и конституции больной возможны трудности при интубации; риск анестезиологии 2б-3а степени. Рекомендовано премедикация: 30.04.96 в 7:00 1 таблетка диазепама и 1 таблетка димедрола, за 30 минут до операции Sol. Omnoponi 2%-1 ml внутримышечно. Врач: Столпнер Я.М.

## Опять же, ориентируясь на ожирение больной и на размеры ее грыжи лучшим из видов операции, в данном случае, будет операция способом Мейо.

# ДНЕВНИК

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Ту | Тв | Текст дневника | Назначения |
| 29.04.96. | 36,4 | 36,6 | Жалуется на умеренные тянущие метеозависимые боли в области грыжи, периодические запоры. Состояние удовлетворительное. Пульс 74 уд/мин. АД 130/80 мм. рт.ст. Язык влажный, чистый, сосочки выражены. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Отправления в норме. | Режим 3. Диета №9. Тугая повязка на живот с целью подготовки к операции. Микстура Кватора по 15,0 3 раза в день (per os) |

## 30.04.96.Больная Щербакова М.Н. поступила в клинику хирургических болезней №1 по поводу гигантской грыжи белой линии живота. Наличие грыжевого выпячивания на животе является показанием к проведению операции в плановом порядке под общим обезболиванием. Противопоказаний к операции нет. Согласие больной на операцию получено. План операции: 1.Оперативный доступ; 2.Мобилизация грыжевого мешка; 3.Иссечение грыжевого мешка; 4.Пластика; 5.Послойное ушивание ткани.

# Обезболивание

## 30.04.96.Операция - удаление грыжи. Начало 9:25. Окончание 11:00 Хирург Данилов. Ассистент Платонов, Атаев. Анестезиолог Дубикайтис. Протокол обезболивания: Эндотрахеальный наркоз. 1.Премедикация: Atropini 0,5; Droperidoli 2 ml; Phentnyli 2 ml. 2.Вводный наркоз: Relanii 2 ml; Cetamyni 200 mg. 3.Интубация. 4.Начало операции 9:25. 5.Мобилизация грыжевого мешка. 6.Иссечение грыжевого мешка 10:15. 7.Пластика. 8.Послойное ушивание. 9.Конец операции 11:00. 10.Декураризация: Atropini 0,5; Prozerini 4,0. 11.Экстубация (Использован аппарат ПО-6Н-05+полинаркон-5. Вентиляция ИВЛ, МОД 11,9; ОД 0,71)

# Операция - устранение грыжи с пластикой по Мейо

## Под эндотрахеальным наркозом двумя сходящимися разрезами продольно иссечен лоскут кожи под грыжевым выпячиванием, размером 25 на 35 см. Выделен грыжевой мешок, ворота, содержимое грыжевого мешка петли тонкой кишки и часть поперечно-ободочной кишки со стриктурами и рубцами. Грыжевой мешок иссечен. Выполнена перетонизация по средней линии 20 на 2 см. Пластика по Мейо. Оставлены активные дренажи в подкожной клетчатке. Произведено послойное ушивание раны. Наложена асептическая повязка.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Ту | Тв | Текст дневника | Назначения |
| 4.05.96. | 36,8 | 36,6 | Жалуется на боль в области послеоперационной раны. Самочувствие удовлетворительное. Пульс 80 уд/мин АД 140/90 мм.рт.ст. Видимые слизистые розовые влажные чистые. Язык влажный чистый. Тоны сердца ритмичные приглушенные. Дыхание жесткое. Живот мягкий, безболезненный, подвздут, участвует в акте дыхания. Физиологические отправления в норме. Перевязка: удалена повязка; послеоперационная рана без острых воспалительных явлений; наложена асептическая повязка. По дренажу 60,0. | Режим 3. Диета №9. Penicillini 1000000 ED, внутримышеч-но 6 раз в сутки. |
| 6.05.96. | 36,4 | 36,6 | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин. АД 140/90 мм.рт.ст. Дыхание жесткое, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Отправления в норме. Перевязка: удалена повязка; послеоперационная рана без воспалительных явлений; удален дренаж; наложена чистая асептическая повязка. | Назначения те же. |
| 7.05.96. | 36,7 | 36,6 | Жалоб нет. Самочувствие удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин. АД 140/90 мм.рт.ст. Дыхание жесткое, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Отправления в норме. | Назначения те же. |

# ЭПИКРИЗ

## Больная поступила в клинику хирургических болезней №1 8.04.96. с жалобами на опухолевидное образование на животе, и умеренные, тянущие, метеозависимые боли в его области, на периодические запоры. Больная была обследована и ей был поставлен диагноз: "Гигантская надпупочная грыжа белой линии живота". Больной было показано оперативное лечение - удаление грыжи. В течении 3 недель была проведена предоперационная подготовка: тугое бандажирование живота и разгрузочная диета. Предоперационная подготовка также включала в себя проведение лабораторно-инструментальных исследований для подготовки к операции и выявления сопутствующей патологии. 30.04.96. была произведена операция удаления грыжи с пластикой по Мейо. После этого больной был проведен комплекс мероприятий направленных на борьбу с осложнениями: введение антибиотиков, витаминотерпия, назначения тугого бандажа. В дальнейшем больной рекомендовано ношение бандажа в течении 6 месяцев. После выписки больная должна находиться в течении 2 месяцев на больничном листе. Затем перевод на легкую работу в течении 1 года.

## Диагноз: Гигантская надпупочная грыжа белой линии живота.

# ЛИТЕРАТУРА

## М.И.Кузин. Хирургические болезни М.:"Медицина",1987 И.Ф.Матюшин.Операции при грыжах брюшной стенки. Горький,1977 К.Д.Тоскин, В.В.Жебровский. Грыжи брюшной стенки.М.:"Медицина",1990 Н.В.Воскресенский, С.Л.Горелик. Хирургия грыж брюшной стенки. М:"Медицина",1965

# ПЕРЕЧЕНЬ ПРИОБРЕТЕННЫХ НАВЫКОВ

## Определение группы крови и резус-фактора.

## Участие в переливании крови и ее заменителей.

## Участие с анестезиологом в проведении наркоза.

## Промывание желудка в послеоперационном периоде.

## Катетеризация мочевого пузыря.

## Внутривенные вливания.

## Профилактика и лечение пролежней.

## Оформление медицинской документации хирургических больных.

## 

## 8.05.1996. Подпись куратора